FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

N° 939

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme dÉtat)

PAR

Mr. DUPREY Guy

Né le 13 Septembre 1937 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1967

ÉDUCATION DES JEUNES DIABÉTIQUES EN COLONIE DE VACANCES A RÉGIME CONTROLÉ

(Expérience de deux années)

Président : M. RAMBERT, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme dÉtat)

PAR

Mr. DUPREY Guy

Né le 13 Septembre 1937 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1967

ÉDUCATION DES JEUNES DIABÉTIQUES EN COLONIE DE VACANCES A RÉGIME CONTROLÉ

(Expérience de deux années)

Président : M. RAMBERT, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Gailliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR. . . . . } Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR. . . . . } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
—	BAUMANN (J.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Bicêtre	DEPARIS (M.)
Broussais	MILLIEZ (P.)
Cochin	N...
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	CONTE (M.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544305_0020

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . .	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie.	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale. . . .	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie.	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie. . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie . . . . . MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . . SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)
Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires. . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme

A mes Parents

A mes enfants

Avec Amour et Reconnaissance.

A Monsieur le professeur RAMBERT

Professeur de Séméiologie Médicale à la Faculté

Medecin des Hopitaux

Il m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse

Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur DEUIL

Assistant des Hopitaux de Paris

Medecin de l'Hopital St. Joseph à Paris.

Il m'a accueilli dans son service et m'a honoré de sa confiance en m'inspirant ce travail.

Je voudrais lui dire toute ma reconnaissance pour l'enseignement qu'il m'a donné et pour sa bienveillance à mon égard.

A Philippe LEVEAU

A Gerard GOUZES

Pour l'aide précieuse qu'ils m'ont apportée dans ce travail, qu'ils trouvent ici l'expression de ma sincère amitié.

I N T R O D U C T I O N

Les colonies de vacances pour enfants diabètiques ont été naturellement conçues dans un but humanitaire : permettre aux jeunes diabétiques de partir en vacances comme tous les enfants de leur âge. Avant la création de ces colonies spécialisées, aucun mouvement de jeunesse existant ne pouvait prendre la responsabilité d'accueillir les jeunes diabétiques.

Mais le rôle essentiel de ces colonies de vacances a été défini de façon remarquable par le Professeur Lestradet dans une communication faite au quatrième congrès international du diabète :

" L'attitude, heureusement partagée par la grande majorité des différents pays qui ont pris conscience de l'importance de ce problème du diabète infantile, consiste à faire le maximum d'effort éducatif pour que l'enfant diabètique ait, au sein de sa famille et de sa communauté naturelle, une vie aussi normale que possible ... L'un des plus grands progrès dans le traitement du diabète infantile a été l'utilisation des périodes de vacances pour la mise au point précise, dans un contexte de vie aussi normale que possible, de cette thérapeutique insulinique soigneusement adaptée qui exige un

un organisme en croissance. Jamais "l'hopital" n'avait permis ce qu'ont rendu possible les réalisations connues sous le nom de " colonies de vacances" pour jeunes diabétiques ...
Les buts lointains de ces colonies de vacances, buts qui doivent toujours rester présents à l'esprit de ceux qui en sont responsables, est de permettre au jeune diabétique d'assurer entièrement et aussi parfaitement que possible la conduite de son traitement...
Ces colonies de vacances ne doivent être qu'une étape aussi courte que possible qui amène finalement l'adolescent diabètique à une véritable indépendance."

Nous avons eu, deux années consécutives, la responsabilité d'une colonie de vacances pour jeunes diabétiques. Nous avons entrepris auprès d'eux cet effort d'éducation indispensable à leur bon équilibre et à leur indépendance.
De ces deux séjours nous avons pu tirer, outre un grand profit personnel sur le plan de nos connaissances, certaines conclusions quant aux problèmes posés par la formation de ces jeunes diabétiques.

Il n'est pas dans nos intentionsd'entrer dans des considérations scientifiques ni de prendre parti dans la controverse que soulèvent encore les problèmes de diététique.
Notre but est double :

1) établir le bilan de ce que nous avons fait
2) établir le bilan de ce qu'il nous reste à faire pour que l'éducation du jeune diabétique soit une réalité de tous les jours.

Après un bref rappel de l'historique et de la structure des colonies de vacances pour enfants diabétiques nous verrons quelles connaissances possedaient les enfants, dont nous avions la charge, à leur arrivée à la colonie. Nous donnerons, sous forme de tableaux un large aperçu de la longue enquête que nous avons menée auprès de chacun d'eux. Nous tirerons ensuite les conséquences pratiques de cette enquête sur l'enseignement donné aux enfants et sur l'organisation de leur séjour. Nous établirons enfin le bilan des résultats obtenus à la fin du mois. Dans notre conclusion, nous envisagerons les problèmes qui se posent encore pour améliorer l'éducation du jeune diabétique.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

P L A N

-=-=-=-=-

1) Rappel historique

2) Structure d'une colonie de vacances pour enfants diabétiques

3) Enquête sur les connaissances des jeunes diabétiques arrivant à la colonie

4) Conséquences de cette enquête sur l'enseignement donné aux enfants et sur l'organisation de leur séjour

5) Résultats obtenus à la fin du séjour

6) Conclusion

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

I

EN juin 1959 et 1960, au Chateau de Longchamp à Paris, de nombreux spécialistes du diabète infantile, venus de tous les horizons, se trouvaient réunis à l'occasion du Congrès International de l'Enfance.

Chacun d'entre eux fit, pour le compte de son propre pays, un large tour d'horizon des réalisations sociales en faveur des jeunes diabétiques.

Nous ne reprendrons pas ici l'historique extrèmement complet, réalisé sur ce sujet par le Professeur Lestradet, et publié dans le journal de l'A.J.D. On peut y voir le long cheminement des idées, des actes et des efforts individuels, souvent mal compris, qui amena pratiquement tous les pays du monde à se doter de " colonies de vacances pour enfants diabétiques "

Nous nous contenterons ici, à la lecture des différents rapports qui furent soumis à ce congrès et des idées qui y furent émises, de faire une constatation essentielle:

- Les différentes etapes qui ont conduit à la création, dans chacun de ces pays, de colonies spécialisées pour jeunes diabétiques semblent avoir été identiques, bien que très déphasées dans le temps.

Il semble que partout ce soit sous l'impulsion de quelques initiés aux problèmes posés par les vacances et l'éducation médicale des jeunes diabétiques, que les pouvoirs publiques ont pris eux mêmes conscience de ces problèmes.

Depuis longtemps il est apparu à quelques pionniers " qu'il était possible de proposer aux enfants malades une vie de plein air, physiquement et psychologiquement bienfaisante et que ces vacances pouvaient être l'occasion d'une éducation médicale très poussée " (Les premières initiatives individuelles, aux U.S.A., remontent à 1925).

Mais partout la législation en vigueur, toujours en retard sur les idées, a freiné l'ampleur de ces initiatives. Aucune règlementation ancienne ne faisait face à ces problèmes nouveaux. C'est pourquoi les réalisations pratiques, sont apparues très progressivement.

C'est seulement à partir de 1952 que les pays européens ont réellement et officiellement créé les premières "colonies de vacances pour enfants diabétiques".

On peut dire en 1967 que la plupart des pays du monde ont suivi ce mouvement.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

II

La colonie de vacances pour jeunes diabétiques, que nous avons dirigée pendant deux séjours consécutifs, est organisée de façon à offrir aux enfants le maximum de confort et de sécurité.

Situés dans un cadre ravissant, sur le bord de mer et au milieu des pins, les locaux sont d'une architecture moderne qui s'adaptent parfaitement au décor. Il faut insister sur ce point essentiel, car il ne serait pas concevable que la toile de fonds de leurs vacances puisse rappeler aux enfants l'athmosphère, toujours traumatisante, d'un hopital. Ce serait là une erreur qui anéantirait tous espoirs de donner aux jeunes diabétiques une éducation valable.

L'équipement sanitaire est cependant très complet : une salle de soins, un laboratoire d'analyses, des chambres destinées à l'équipe médicale, s'incorporent discrètement au milieu des dortoirs.

Ainsi, les enfants sont-ils l'objet d'une surveillance de tous les instants et assurés de soins rapides en cas de nécessité.

L'encadrement de la colonie est également d'une importance sur laquelle il n'est guère besoin d'insister. La responsabilité des dirigeants est d'autant plus grande que les enfants sont susceptibles de poser des problèmes à toutes heures du jour et de la nuit. Aussi, doit on exiger de cet encadrement qu'il soit suffisant à la fois en quantité et en qualité.

Il comprend :

1) une équipe médicale composée :

- d'un médecin directeur pédiatre ou diabétologue
- d'un interne
- de deux infirmières
- d'une laborantine
- d'une diététicienne

2) une équipe de moniteurs composée :

- d'un moniteur chef
- d'un moniteur pour huit enfants
- et de deux moniteurs volants

Cet encadrement à la responsabilité de cinquante cinq enfants, environ, pendant un mois. Le mois suivant, l'équipe médicale et celle des moniteurs sont entièrement renouvelées pour accueillir les enfants du deuxième séjour.

En principe les jeunes diabétiques ne font qu'un seul mois de colonie ; mais il arrive que, pour des raisons sociales, certains soit amenés a rester plus longtemps. Une telle prolongation de séjour n'est pas souhaitable ; l'expérience nous a prouvé qu'elle est contraire à l'intérêt de l'enfant. Pendant un mois le jeune diabétique se trouve incorporé dans une collectivité ; celle ci est dirigée par des médecins et un moniteur chef qui ont chacun leur personnalité propre. L'enfant doit donc s'adapter à une certaine forme de commandement.Il reçoit progressivment une éducation qui lui permet d'assumer des responsabilités de plus en plus importantes :

A la fin du mois, il prend pratiquement en charge la surveillance et le traitement de son diabète.

Or que se passe t-il si l'enfant prolonge son séjour ? il se trouve confronté à de nouveaux camarades et de nouveaux dirigeants. Il doit donc s'habituer de nouveau, à une ambiance, à une discipline, à une forme d'enseignement, qui ne sont pas forcément semblables à celle du premier séjour. Nous avons constaté que cette adaptation etait très difficile. L'enfant n'accepte guère de recommencer son éducation à zéro ; il se sent brimé. Il se trouve dans la position du redoublant qui doit recommencer à étudier le même programme.

De même chacun des deux séjours est théoriquement réservé soit aux garçons soit aux filles. Mais en fait, il est impossible de réaliser pratiquement une telle selection. Les vacances des enfants devant coincider avec celles des parents, nous ne pouvons éviter que les deux colonies soient mixtes. Cela pose naturellement des problèmes supplémentaires. Nous essayons toutefois de les eviter en groupant pendant un séjour :

- les filles agées de huit à dix sept ans
- les garçons agés de huit à treize ans

et inversement pour l'autre séjour.

En résumé chaque colonie sera constituée d'enfants :

- d'âges différents et de sexes opposés
- de milieux très divers
- d'intelligences inégales

- dont l'ancienneté du diabète n'est pas la même
- dont certains ont déjà l'expérience d'un ou plusieurs séjours en colonie.

Si nous ajoutons à cela le fait que certains enfants participent aux deux mois de colonie, nous entrevoyons facilement les problèmes posés par l'éducation d'un groupe aussi hétérogène.

Il faut pourtant, chaque année, résoudre ces problèmes ; les dirigeants de chaque colonie s'y emploient de leur mieux.

En ce qui nous concerne, nous les avons abordés cette année avec un avantage appréciable ; celui d'avoir déjà dirigé la colonie l'année précédente. Nous avons ainsi retrouvé de nombreux enfants dont nous avions déjà eu la charge. La prise de contact a donc été beaucoup plus facile.

De plus, cela nous a permis de constater " de visu " ce qui résultait, après onze mois de séparation, de l'enseignement que nous leur avions donné.

Ainsi avons-nous pu approfondir certains problèmes et proceder cette année de façon peut-être plus méthodique.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

III

Il est bien évident que pour eduquer un enfant il faut commencer par le connaitre.

Avant l'arrivée des enfants à la colonie nous sommes en possession, pour chacun d'eux, d'un dossier qui comprend :

- outre les indispensables certificats de non contagion, les prises en charge, etc...
- un questionnaire médico social confidentiel envoyé dans chaque famille quelques mois au paravant.

Ce questionnaire, inévitablement incomplet, nous permet cependant de nous faire une idée valable de l'enfant que nous allons recevoir.

En dehors des antécédents familiaux et medicaux ce questionnaire nous apporte de nombreux renseignements sur la maladie diabétique de l'enfant, en elle même.

- Sa date de découverte
- Sa cause déclenchante
- Les différentes étapes de la thérapeutique
- La nature et les doses de l'insuline utilisée
- La fréquence des malaises hypoglycémiques
- Le nombre et la date des comas hypoglycémiques ou acidosiques

- La fréquence des analyses d'urine
- Les parties du corps ou sont pratiquées les injections.
- Les habitudes alimentaires
- La fréquence et la nature des examens paracliniques.

Une seconde partie est consacrée à l'organisation de vie du jeune diabétique et nous permet d'entrevoir les habitudes de celui-ci :

- L'enfant fait-il du sport ? si non pourquoi ?
- Comment l'enfant occupe-t-il ses loisirs ?
- Qu'elle classe suit-il actuellement ?
- La scolarité est-elle facilement suivie ?
- L'enfant est-il interne ?
- L'enfant a t-il subi un examen d'orientation professionnelle ?
- Les repas sont-ils pris à heures régulières ? Sont-ils pris en famille ?, à la cantine ?
- Observations particulières des parents concernant le comportement, les gouts et le caractère de l'enfant.

Ce questionnaire, nous est d'un grand secours. Il est rempli en partie par le médecin traitant ou le médecin diabétologue et en partie par la famille. Il présente cependant le défaut, difficilement évitable, de comporter des questions insuffisamment nuancées.

Aussi ce questionnaire a-t-il besoin d'être revu, discuté et completé, pour être le reflet exact de la réalité.

Au début de la colonie, le Medecin Directeur et son Assistant, reçoivent tous les parents qui ont pu accompagner leur enfant. Ils conversent avec eux à la lumière des renseignements déjà en leur possession et s'efforcent d'approfondir certains points qui leur semblent importants. Bien sur, ce dialogue, qui a lieu dans l'atmosphère fievreuse d'un premier jour de colonie, est-il forcément de courte durée et ne permet pas d'aller au fond des choses ; mais il a un intérêt certain : celui d'établir le contact direct entre la famille et les médecins. Nous avons constaté, que les parents tenaient beaucoup à cette entrevue.

La seconde occasion qui nous est offerte de parfaire notre connaissance des enfants est la visite médicale systématique que nous pratiquons dans tous les premiers jours de la colonie.

Bien sur, cette visite nous permet de juger l'état général de l'enfant, de dépister d'éventuelles complications dégénératives et de localiser les parties du corps présentant des lipodystrophies, mais elle est aussi le prétexte idéal à une conversation en tête à tête avec l'enfant. Cette rare occasion de pouvoir l'interroger en l'absence de témoins nous est très précieuse : l'enfant nous fera des confidences

qu'il ne nous ferait pas en présence de ses parents ou de ses camarades.

C'est ainsi que nous pouvons nous faire une idée exacte

- de l'ambiance familiale dans laquelle il évolue
- des conflits affectifs qui peuvent exister entre ses parents et lui
- du degré de soumission ou de révolte de l'enfant à l'égard de sa maladie

En un mot, nous pouvons apprecier le retentissement psychique du diabète non seulement sur l'enfant mais aussi sur son entourage et les comportements respectifs qui en découlent.

Au cours de ces conversations nous faisons également avec l'enfant le bilan de ses connaissances pratiques et de sa participation personnelle à la surveillance et au traitement de son diabète.

Ainsi, dès les tous premiers jours, nous possédions sur chaque enfant une somme de renseignements appréciables. Nous avons alors établi, dortoir par dortoir, des tableaux récapitulatifs ; nous y avons consigné les informations qui nous semblaient les plus utiles pour nous guider dans notre rôle d'éducateurs.

Nous tirerons par la suite les conclusions de cette enquète ; c'est pourquoi il ne nous a pas semblé utile de reproduire ici l'ensemble des tableaux récapitulatifs.

Une fois en possession des données essentielles concernant les habitudes de vie et les connaissances pratiques des enfants, il nous restait à établir le niveau de leur éducation médicale théorique.

Pour cela, nous avons soumis nos jeunes diabétiques à une sorte de petit examen.

Une enquête semblable, portant sur trois cent cinquante enfants environ, avait déjà été réalisée en 1962 par une équipe médicale groupée autour du Professeur Lestradet : douze questions, très simples, à choix multiples, leur avaient permis d'établir de façon très valable la somme des connaissances théoriques des jeunes diabétiques en fonction de leur âge.

Tout en concevant notre examen dans le même esprit, nous avons procédé de façon un peu différente :

- 1) nos questions étaient peut-être un peu plus difficiles, mais également plus proches de celles qui se posent quotidiennement aux jeunes diabétiques.
- 2) nous n'avons pas employé le système des questions à choix multiples ; nous estimions que dans la réalité l'enfant devait trouver seul la solution de ses problèmes. Nous pensions qu'il était préférable de faire appel plus à son astuce qu'à sa mémoire

Pour les enfants de plus de dix ans ce petit examen s'est effectué par écrit. Pour les plus petits, nous avons procédé à une interrogation orale afin d'éviter toutes sortes de confusions.

Voici quelles étaient les quinze questions posées :

- 1) chez un sujet, non diabétique, d'où provient l'insuline ?
- 2) quelle est l'influence de l'insuline sur le taux du sucre sanguin ?
- 3) chez un sujet diabétique, non traité, le taux du sucre sanguin est-il supérieur ou inférieur à la normale ?
- 4) chez un sujet diabétique, traité, que signifie : la présence d'une grande quantité de sucre et d'acétone dans les urines ?
- 5) chez un sujet diabétique, traité, que signifie : la présence d'acétone dans les urines en l'absence de glycosurie ?
- 6) quelle insuline agit le plus vite : l'insuline ordinaire ou la $\begin{cases} Z.M.N \\ N.P.H \\ I.P.Z \end{cases}$ (suivant le cas)
- 7) quelle insuline agit le plus longtemps : l'insuline ordinaire ou la $\begin{cases} Z.M.N \\ N.P.H \\ I.P.Z \end{cases}$ (suivant le cas)
- 8) en cas de coloration orange du clinitest et du virage au violet de l'acetest :

Devez-vous modifier la dose de votre insuline ?
Si oui, dans quel sens ?

- 9) En cas de coloration bleue du clinitest et en l'absence de coloration de l'acétest :
Devez-vous modifier la dose de votre insuline ?
Si oui, dans quel sens ?

-10) Vous êtes traités par un mélange d'insuline ordinaire et d'insuline retard. Vous constatez la présence d'une grande quantité de sucre dans vos urines à l'analyse de midi :
Quelle insuline devrez-vous modifier le lendemain et dans quel sens ?

-11) Même question pour l'analyse du matin.

-12) Si vous présentez une sensation de faim, des sueurs, des vertiges, que devez-vous faire ?

-13) La pratique régulière d'un sport non violent est elle bonne pour un jeune diabétique ?

-14) Pourquoi devez-vous varier les lieux d'injection de votre insuline ?

-15) La ration alimentaire doit elle être consommée, chez un sujet diabétique comme chez un sujet normal, au cours de trois repas,ou être régulièrement répartie dans la journée ?

Les cinquante six enfants, dont nous avions la charge cette année, se répartissaient de la façon suivante :

- 9 enfants agés de 8 et 9 ans
- 10 enfants agés de 10 et 11 ans
- 24 enfants agés de 12 et 13 ans
- 9 enfants agés de 14 et 15 ans
- 4 enfants agés de 16 et 17 ans

Pour donner les resultats que nous avons obtenus tant sur le plan des connaissances pratiques des enfants que sur celui de leurs connaissances théoriques, nous procederons de la façon suivante :

Pour chaque question étudiée, nous donnerons deux chiffres

- le premier portera, à l'intérieur de chaque tranche d'âge, sur l'ensemble des enfants
- le second portera, à l'intérieur de chaque tranche d'âge, sur les enfants qui ont déjà participé à un ou plusieurs séjours en colonie

1) Connaissances pratiques et habitudes de vie des jeunes diabétiques.

Nous n'avons retenu ici que les questions essentielles concernant :

- les analyses d'urine
- les injections d'insuline
- l'adaptation des doses d'insuline
- la tenue d'un cahier ou carnet de traitement
- la variation quotidienne des lieux d'injection de l'insuline
- la pratique régulière de la culture physique ou d'un sport particulier.

Pourcentage des jeunes diabétiques sachant faire correctement :

AGE :	LEURS EXAMENS URINAIRES	LEUR INJECTION D'INSULINE	L'ADAPTATION DE LEURS DOSES
8-9 ans	60% (70%)	35% (40%)	35% (40%)
10-11 ans	80% (90%)	65% (70%)	40% (40%)
12-13 ans	90% (100%)	65% (75%)	50% (70%)
14-15 ans	100% (100%)	70% (85%)	70% (85%)
16-17 ans	100% (100%)	80% (90%)	85% (90%)

Pourcentage des jeunes diabétiques :

AGE	SACHANT TENIR LEUR CAHIER	FAISANT DU SPORT	VARIANT LES POINTS D'INJECTION
8-9 ans	10% (20%)	50% (50%)	70% (70%)
10-11 ans	60% (75%)	55% (50%)	70% (70%)
12-13 ans	90% (100%)	40% (55%)	60% (75%)
14-15 ans	90% (100%)	35% (50%)	55% (70%)
16-17 ans	100% (100%)	45% (60%)	50% (60%)

2) Connaissances théoriques des jeunes diabétiques

Parmi les quinze questions sus-citées, certaines peuvent appeler des réponses différentes, mais également justes. Par exemple :

- la présence d'une grande quantité de sucre dans les urines signifie aussi bien :

1°) que le taux du sucre sanguin est elevé

2°) que la dose d'insuline injectée n'est pas suffisante.

Dans les deux cas la réponse pourra être considérée comme bonne. C'est pourquoi nous donnerons les pourcentages de réponses correctes et non pas de réponses exactes.
Notre but était de faire rechercher par les enfants une réponse valable à une question donnée et non de leur faire choisir, parmi un certain nombre de réponses proposées, celle qui leur semblait la bonne.

Ont répondu correctement à la première question :
(Provenance de l'insuline chez un non diabétique)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	22%	33%	80%	80%	100%
Enfants ayant déjà été en colonie	50%	40%	70%	80%	100%

Ont répondu correctement à la deuxième question :
(Action de l'insuline sur le taux du sucre sanguin)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	6~~5~~%	70%	60%	75%	100%
Enfants ayant déjà été en colonie	65%	70%	60%	80%	100%

Ont répondu correctement à la troisième question :
(Taux du sucre sanguin chez un jeune diabétique non traité)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	80%	70%	70%	100%	100%
Enfants ayant déjà été en colonie	100%	90%	80%	100%	100%

Ont répondu correctement à la quatrième question :
(Signification d'une forte glycosurie)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	35%	70%	70%	90%	100%
Enfants ayant déjà été en colonie	50%	80%	80%	100%	100%

Ont répondu correctement à la cinquième question :
(Signification de l'acétonurie)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	15%	20%	25%	40%	65%
Enfants ayant déjà été en colonie	30%	30%	30%	60%	75%

Ont répondu correctement à la sixième question :
(Action rapide de l'insuline ordinaire)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	45%	60%	70%	90%	100%
Enfants ayant déjà été en colonie	45%	70%	80%	100%	100%

Ont répondu correctement à la septième question :
(Action durable de l'insuline retard)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	45%	90%	70%	90%	100%
Enfants ayant déjà été en colonie	50%	90%	80%	100%	100%

Ont répondu correctement à la huitième question :
(Coloration orange au clinitest et virage au violet de l'acetest)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	90%	90%	90%	100%	100%
Enfants ayant déjà été en colonie	90%	100%	100%	100%	100%

Ont répondu correctement à la neuvième question :
(Coloration bleue au clinitest et absence de coloration de l'acetest)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	90%	90%	90%	100%	100%
Enfants ayant déjà été en colonie	90%	100%	100%	100%	100%

Ont répondu correctement à la dixième question :
(Modification de l'insuline ordinaire ou de l'insuline retard)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	25%	45%	35%	45%	70%
Enfants ayant déjà été en colonie	40%	60%	60%	50%	80%

Ont répondu correctement à la onzième question :
(Modification de l'insuline ordinaire ou de l'insuline retard)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	25%	45%	50%	50%	70%
Enfants ayant déjà été en colonie	35%	60%	70%	50%	80%

Ont répondu correctement à la douzième question :
(Que faire en cas de malaise hypoglycémique)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	80%	100%	80%	100%	100%
Enfants ayant déjà été en colonie	90%	100%	90%	100%	100%

Ont répondu correctement à la treizième question :
(La pratique du sport est elle bonne pour un diabètique)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	70%	90%	80%	100%	100%
Enfants ayant déjà été en colonie	80%	100%	100%	100%	100%

Ont répondu correctement à la quatorzième question :
(Pourquoi doit on changer les lieux d'injection de l'insuline)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	40%	55%	75%	90%	100%
Enfants ayant déjà été en colonie	50%	60%	85%	100%	100%

Ont répondu correctement à la quinzième question :
(répartition de l'alimentation dans la journée)

AGE	8-9 ans	10-11 ans	12-13 ans	14-15 ans	16-17 ans
Ensemble des enfants	35%	45%	50%	100%	100%
Enfants ayant déjà été en colonie	45%	55%	70%	100%	100%

C O M M E N T A I R E S

Un point essentiel est a souligné en premier lieu : les chiffres que nous venons de donner n'ont qu'une valeur indicative et ne sauraient, en aucun cas, être comparés avec ceux fournis par une enquète du même genre mais portant sur un nombre beaucoup plus grand de jeunes diabètiques. En effet notre enquète est basée sur l'interrogatoire de cinquante six diabètiques. Il est bien certain que les pourcentages que nous donnons pour telle ou telle tranche d'âge comprenant un nombre réduit d'enfants, n'ont pas une valeur statistique réelle.

Mais ces chiffres sont interessants, dans la mesure où ils permettent de comparer, entre eux, les résultats obtenus pour chaque question.

I) Connaissances pratiques de nos jeunes diabètiques

- Une première notion est a retenir : Dans l'ensemble, les enfants, en arrivant à la colonie, possedaient une somme de connaissances pratiques très valable puisque :

  - Plus de 60% des enfants savaient, à partir de huit ans, faire leurs examens urinaires
  - Plus de 65% des enfants savaient, à partir de dix ans, faire leurs injections d'insuline
  - Plus de 50% des enfants savaient, à partir de douze ans adapter quotidiennement leur dose d'insuline.

- Il faut souligner en second lieu la différence minime entre les pourcentages obtenus chez l'ensemble des enfants et ceux concernant les anciens colons.

Il y a là matière a reflexion, mais aucun scepticisme, quant au rôle joué par les colonies dans l'éducation du jeune diabètique. Naturellement on peut invoquer la mémoire défaillante des enfants qui oublient très vite " la bonne parole " mais nous ne pensons pas que ce soit la raison essentielle. Il semble que l'attitude prise par certains parents lorsqu'ils recupèrent leur enfant, puisse expliquer cet état de choses.

En effet, beaucoup d'enfants nous ont avoués qu'une fois de retour dans leur famille, ils ne pratiquaient plus ni leurs injections, ni leurs analyses et ne participaient pas à l'adaptation de leurs doses d'insuline. Les parents, soit parce qu'ils sont mal informés et ne font pas confiance en leurs enfants, soit pour gagner du temps (surtout si ceux-ci sont assez jeunes) se substituent d'emblée a eux.

Loin de se contenter d'un rôle de surveillant attentif, ils adoptent la solution de facilité qui consiste à ne laisser aucune responsabilité à l'enfant. Celui-ci a donc toutes les chances d'oublier ce qu'il avait appris puisque, pendant onze mois de l'année, son diabète redevient l'affaire de ses parents et non plus la sienne.

Nous verrons dans nos conclusions les solutions que nous proposons pour eviter que les choses se passent ainsi.

- Enfin un troisième point a souligner concerne la variation des lieux d'injection de l'insuline. Il est curieux de constater que nos pourcentages vont "decréscendo" au fur et a mesure que l'âge des enfants augmente.
En fait cela s'explique très bien : la plupart des enfants de huit à douze ans ne font plus eux-mêmes leurs injections lorsqu'ils rentrent chez eux. Ce sont leurs parents, qui varient quotidiennement (pas toujours hélas) les points d'injections.
Au contraire, parmi les plus grands, il y en a un certain nombre qui continuent a pratiquer eux-mêmes leurs injections après la colonie. Malheureusement, par commodité, ils preferent se piquer presque toujours au même endroit ; d'où la présence de lipodystrophies souvent importantes.
Il se pose là un problème d'éducation des enfants, en dehors de la colonie, que nous aborderons dans notre conclusion.

II) Connaissances théoriques de nos jeunes diabètiques

- Là encore nous pouvons faire une première constatation : Dans l'ensemble les enfants possedaient, à leur arrivée à la colonie, une somme de connaissances théoriques satisfaisantes. Nous voyons, pour les questions relativement simples, que le pourcentage des bonnes réponses est déjà très important dès l'âge de dix ans. En revanche, nous pouvons constater que, pour les questions un peu plus complexes (questions 5- 10- 11)

les pourcentages baissent très vite.

Ainsi, la plupart des enfants savent que la présence d'acétone dans les urines est un "mauvais signe". Mais si, nous leur demandons ce qu'il faut faire en cas d'acétonurie (accompagnée ou non d'une glycosurie) la moitié d'entre eux est incapable de répondre.

De même, dès l'âge de dix ans, 90% environ des enfants connaissent la différence entre la durée d'action de l'insuline ordinaire et celle des insulines retards. Mais, si nous leur demandons quelle insuline il faut modifier suivant l'heure à laquelle la glycosurie abondante a été constatée, le pourcentage de réponses correctes tombe à cinquante pour cent.

Il est curieux de noter que des constatations identiques avaient été faites par l'équipe du Professeur Lestradet lors de son enquète réalisé en 1962. Nous pouvons lire en effet dans les commentaires du Docteur Besse : " Cette comparaison montre la différence entre la connaissance théorique de certains éléments du traitement pratique du diabète, accessible aux jeunes diabètiques, et leur difficulté a rassembler ces éléments divers dans l'application pratique ".

Le pourcentage de bonnes réponses enregistrées aux questions 10 et 11 est, pour chaque tranche d'âge, légèrement inférieur à celui que nous avions donné pour l'adaptation quotidienne des doses d'insuline par les jeunes diabètiques. Cela peut paraître paradoxal mais s'explique en fait très bien : La plupart des enfants etaient traités par une seule injection

d'insuline retard, et il leur est beaucoup plus facile d'adopter leurs doses lorsqu'ils n'ont à faire qu'à une seule insuline que lorsqu'il s'agit d'un mélange (ce qui etait le cas dans lequel nous les avions placés dans nos questions).

Nous pouvons noter également que la grande majorité des enfants, dès l'âge de 8-9 ans, sont convaincus des bienfaits de la culture physique et de la pratique d'un sport non violent. Or, nous avons vu que la moitié, au moins, d'entre eux ne pratiquaient ni l'un ni l'autre.
L'interrogatoire de chacun d'eux nous a permis de constater qu'ils etaient, en majorité, dispensés de la gymnastique ou du sport par le medecin de leur ecole ; cela à la demande des parents ou parfois même d'office.
Il s'agit là d'un problème grave, dans la mesure ou le sport est nécessaire au bon développement des jeunes diabètiques comme à celui de tous les autres enfants.
Il faut repeter aux parents et à certains medecins qu'une surprotection de l'enfant est en fait nuisible pour lui ; nuisible non seulement sur le plan de sa santé mais aussi sur le plan psychique : cette attitude entretient son anxieté et etouffe sa personnalité.

Enfin nous voyons que 50% seulement des enfants, agès de douze ans, savent qu'une alimentation rationnelle necessite une répartition, harmonieuse et régulière dans la journée, de la ration alimentaire.

Ce point est essentiel car il prouve bien que l'enfant n'a pas, spontanément, des habitudes alimentaires très saines. Il serait donc parfaitement utopique, sous pretexte de ne pas obnubilér l'enfant par des questions de régime, de s'abstenir de l'éduquer sur ce point comme sur les autres. Nous pensons, contrairement à d'autres, que les colonies de vacances doivent être aussi l'occasion de donner aux jeunes diabètiques des habitudes alimentaires saines.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

IV

En fonction de toutes ces données, comment avons nous organisé notre colonie ?

Notre souci majeur a été de ne jamais perdre de vue un principe essentiel : les enfants qui nous sont confiés viennent à la colonie pour passer des vacances.

Si nous voulons inculquer à ces jeunes diabètiques un certain nombre de notions qui nous paraissent essentielles, il s'agit de le faire sans leur donner l'impression d'être dans un hopital ou sur les bancs d'une classe.

" L'éducation du jeune diabètique en colonie de vacances " reste le souci constant de l'équipe médicale et du directeur des activités ; mais elle doit se réaliser de façon très discrète et s'integrer dans un tout.

Nous avons vu, d'autre part, que la somme des connaissances, théoriques et pratiques, que possedaient nos jeunes diabètiques au début de la colonie, etait dans l'ensemble satisfaisante. Certes, l'éducation médicale de la plupart des enfants agès de moins de 10 ans restait à faire. De même, bien des lacunes restaient à combler dans l'éducation des plus grands, qui etaient loin de pouvoir prendre totalement en charge la responsabilité de la surveillance et du traitement de leur diabète. Cependant, il nous a semblé que notre rôle essentiel d'éducateurs consistait à prouver a des enfants, souvent anxieux, complexés et inhibés par une surprotection craintive de leur entourage, qu'ils pouvaient mener une vie normale, moyennant

quelques servitudes indispensables.
C'est pourquoi, notre premier soin a été de donner aux enfants au cours d'activités très diverses, le plus d'occasion possible de s'affirmer et de s'épanouir.

Cela dit, nous allons voir, chapitre par chapitre, comment nous avons résolu les problèmes qui se posaient à nous, en fonction de ces exigences.

I) Les activités physiques et le sport

Nous leur avons donné une place prépondérante.

Il nous est apparu en effet que, pour la majorité des enfants, surtout parmi les filles, la colonie etait l'unique occasion qui leur etait offerte de se depenser physiquement d'une façon saine.

Notre enquète nous a prouvé que 50% des enfants chez les garçons, et 75% chez les filles, etaient dispensés de gymnastique et de sport pendant toute l'année scolaire.

Or, il a été prouvé par maints travaux (en particulier ceux de C. BENELLI - R. LOPIN - et H.A. BAYLON, France) que non seulement le sport n'etait contre indiqué pour un jeune diabètique convenablement équilibré, mais qu'qu contraire " il avait une influence favorable sur la pénétration intracellulaire du glucose et son utilisation par la cellule "

Les jeunes diabètiques, soumis a une surveillance quotidienne et sachant adapter leurs doses d'insuline non seulement

aux résultats des analyses de la veille mais aussi en fonction du programme de la journée, peuvent fort bien pratiquer le sport de leur choix et même participer à des competitions. Il leur suffit simplement, en prévision d'une dépense physique bien supérieure à celle de la veille, d'adapter à la fois leur insuline et la répartition de leur ration alimentaire, à l'effort qui les attend.

En ce qui nous concerne, la collaboration constante établie entre le directeur des activités et les medecins, nous permettait d'établir chaque soir, en commun le programme du lendemain. Si celui-ci prevoyait l'organisation de "jeux olympiques " ou d'un championnat de foot-ball, il nous etait possible le lendemain matin, d'en tenir compte lorsqu'avec les enfants nous calculions la dose d'insuline à injecter.

Nous pensons qu'un des succès les plus interessants que nous ayons otenus cette année, a été d'obtenir la participation de tous les enfants, grands et petits, garçons et filles, à de véritables compétitions sportives. Chacun d'eux, pour monter sur le podium, s'est surpassé physiquement et moralement.

II) Education médicale de nos jeunes diabètiques

Nous devions satisfaire à cette exigence essentielle :

Le temps reservé à l'éducation médicale des enfants devait empieter le moins possible sur celui reservé aux activités diverses. L'idéal aurait donc été de profiter uniquement

de la répétition journalière des examens, necessaires à la surveillance et au traitement de leur diabète, pour éduquer les enfants en coopérant avec eux.

Hélas, il ne nous a pas été possible de nous en tenir à une position aussi stricte. Certains horaires impératifs ne nous auraient pas permis d'accomplir un travail efficace.

En effet, il fallait que le temps écoulé entre le reveil des enfants et le petit déjeuner soit ecourté le plus possible de façon à ce que nos jeunes diabètiques ne restent pas trop longtemps à jeun.

Or, pendant ce laps de temps relativement réduit, il fallait que les enfants :

- se lavent
- fassent leur analyse d'urine
- adaptent leur dose d'insuline
- consignent les resultats sur leur carnet de traitement
- pratiquent leur injection

S'il nous avait fallu utiliser ce seul moment de la journée pour parfaire les connaissances des enfants, le temps écoulé entre le réveil et le petit déjeuner eut été trop long et nous aurions enregistré de nombreux malaises hypoglycémiques.

Nous avons donc été obligés de faire, deux fois par semaine, un cours magistral réunissant l'ensemble des enfants autour d'un tableau noir ; de même, des travaux pratiques, par petits groupes de dix, se sont avérés necessaires pour obtenir des

résultats valables. Nous avons utilisé, pour cela, soit une partie du temps consacré à la sieste, soit les temps morts laissés par certains après-midi pluvieux.

Il faut d'ailleurs reconnaitre que, dans l'ensemble, les enfants se prettaient de très bonne grace à ces petits cours et que nous avons été souvent surpris de leur assiduité .

Toute l'équipe médicale, sans exeption, participait à l'éducation des enfants :

- Les deux Medecins s'occupaient essentiellement de l'enseignement théorique
- Les deux infirmières étaient chargées d'expliquer aux enfants la façon exacte de remplir une seringue et de pratiquer une injection d'insuline
- La laborantine enseignait la technique des examens d'urine et la traduction, en chiffre, des colorations obtenues.
- Enfin la dieteticienne apportait, à l'ensemble des enfants, les notions fondamentales de dietetique et d'hygiène alimentaire.

A) <u>Les analyses d'urine</u>

Rappelons à cette occasion, que notre propos n'est pas d'expliquer ici la technique des différentes opérations que necessitent, chaque jour, la surveillance et le traitement de nos jeunes diabètiques. Bien des ouvrages ont été consacrés à ce sujet. Notre but est de montrer comment, à l'occa-

sion de ces petites servitudes quotidiennes, nous pouvions eduquer les enfants.

Les analyses d'urine avaient lieu trois fois par jour :

- le matin au réveil
- avant le déjeuner
- avant le diner

Nous avons vu que, sur ce point, l'éducation des enfants était déjà très satisfaisante au départ, puisque 90% de nos jeunes diabètiques agès de 10 ans et plus, savaient déjà faire leur analyse d'urine.

C'etait donc surtout aux plus petits, agès de 8 à 10 ans, qu'il fallait apprendre la maniment des tubes à essais, des comptes gouttes et des réactifs.

Cependant, par mesure de précaution, chaque dortoir devait attendre que la laborantine soit là pour commencer les analyses. Ainsi etions nous sùrs d'éviter certaines erreurs dues à la légereté de nombreux enfants. Nombre d'entre eux, pour briller aux yeux de leurs camarades, mettaient un point d'honneur à réaliser leurs analyses en un temps record ; Cela les entrainait parfois à commettre des fautes grossières de manipulation.

Les resultats des analyses etaient consignées :

1) - par la laborantine, sur des fiches de traitement individuelles
2) - par les enfants, sur des petits carnets de santé que nous leur avions distribués au début de la colonie

Ces carnets de santé, très remarquablement conçus, tiennent une

place prépondérante dans la vie des jeunes diabètiques. Leur but est double :

1) - " Permettre au diabètique d'avoir toujours sur lui le stricte minimum de renseignements necessaires pour résoudre un problème inattendu lorsqu'il est hors de chez lui ".

2) - " En cas d'incident ou d'accident, donner au medecin appelé à voir le diabètique, l'essentiel des renseignements concernant la maladie diabètique, le traitement, l'état d'équilibre des jours précédents."

Une vingtaine de pages sont consacrées à la consignation des résultats des analyses, sous forme de petits tableaux très pratiques, dont nous donnons ici un exemple.

DATE	TRAITEMENT ANTI DIABETIQUE	MIDI S.	MIDI A.	SOIR S.	SOIR A.	S.	A.	LENDEMAIN MATIN S.	LENDEMAIN MATIN A.	OBSERVATIONS INCIDENTS
8-8	38	++	0	+	0			+++	0	
9-8	40	+	0	0	0			+	0	
10-8	40	0	0	0	0			+	0	3 Sucres à : 11h. et 18h.
11-8	38	+	0	+	0			++	0	
12-8	38	++	0	+++	AA	++	0	++	0	Angine (39°5) 10u. d'I0 à 19h
13-8	38	+	0	+	0			++	0	

B) L'adaptation quotidienne des doses d'insuline.

Elle est un des éléments essentiels du traitement et la garantie d'un bon équilibre du diabète.

Sur ce point, nous avons vu que seulement 50% des enfants, agés

de 12 et 13 ans savaient correctement adapter leurs doses d'insuline.

Un gros effort etait donc a faire pour expliquer aux enfants la petite gymnastique d'esprit qui permet, très rapidement, de fixer la dose d'insuline à injecter à la vue des trois derniers résultats d'analyses d'urine.

Ce rôle revenait aux deux medecins qui, tous les matins, se rendaient dans chaque dortoir. Les enfants se presentaient devant eux avec leur fiche de traitement individuel. A chacun d'eux les medecins demandaient quelle etait la dose d'insuline à injecter. Si l'enfant se trompait, le medecin essayait de lui expliquer très brièvement pourquoi.

Mais, rappelons le, le temps nous pressait et ne nous permettait pas d'approfondir la question avec chacun des enfants. En ce qui concerne, en particulier, les plus petits, nous etions obligés le plus souvent d'inscrire d'office la dose d'insuline sur leur fiche, sans les faire participer à cette opération.

Aussi, est-ce essentiellement à l'occasion de petits cours, particuliers pour les plus petits et collectifs pour les plus grands, que nous avons pu réellement faire accomplir aux enfants de gros progrès.

Nous reprenions en détail tous les cas qui pouvaient se presenter à eux en leur expliquant, à chaque fois, ce qu'il convenait de faire pour assurer l'équilibre de leur diabète.

Pendant ces cours, les enfants ne restaient pas passifs ; tous

participaient activement, sous l'impulsion des plus " calés ", à la recherche de la bonne solution aux problèmes devant lesquels nous les plaçions.

Notons que les enfants, en même temps que les résultats de leurs analyses d'urine, transcrivaient également sur leur carnet les doses d'insuline injectées.

C) La technique des injections d'insuline

Ce sont les infirmières qui, chaque matin, à l'occasion de la "piqure" l'expliquaient aux enfants.

Tous les jeunes diabètiques agès de 10 ans et plus, devaient faire seuls leur injection, sous la surveillance attentive des infirmières. Mais en aucun cas celles ci ne se substituaient d'emblée à l'enfant pour pratiquer l'injection.

Un grand tableau, placé dans la salle de soins, indiquait, pour chaque jour, la partie du corps ou devait se faire la piqure :

- LUNDI = bras gauche
- MARDI = bras droit
- MERCREDI = cuisse gauche
- JEUDI = cuisse droite
- VENDREDI = fesse gauche
- SAMEDI = fesse droite
- DIMANCHE = abdomen

Ainsi les enfants apprenaient-ils à varier les lieux d'injections ; habitude que très peu possedaient au début de la colonie.

Cela nécessite souvent de l'adresse et aussi du courage , mais

preserve, en grande partie, les enfants de la survenue de lipodystrophies que nous avons si souvent constatées surtout chez les grandes filles.

En ce qui concerne les enfants agès de 8 à 10 ans, il ne nous a pas paru possible de leur demander à tous, de remplir seuls leurs seringues et de pratiquer seuls leurs injections. Cependant, certains, au bout de quelques jours, possedaient déjà une technique assez valable.

Là encore, ce sont des petits travaux pratiques organisés par les infirmières, qui ont permis aux enfants d'accomplir des progrès certains.

C) Problèmes de dietetique

Nous abordons là un chapitre très épineux puisque cette question de "régime alimentaire" conduit encore certains à des prises de position parfois passionnelles.

Pourtant, notre expérience de deux séjours en des lieux où cohabitaient, fraternellement, deux colonies dites : l'une au "régime libre" et l'autre au "régime controlé", nous a confirmé dans l'idée que tout le monde etait en fait d'accord sur le fond et que la confusion venait d'une querelle de mots.

En effet, aujourd'hui, tout le monde s'accorde pour dire qu'un enfant diabètique, en pleine croissance, ne doit pas avoir un régime restrictif en hydrates de carbone et que sa ration glucidique doit être sensiblement la même que la ration

physiologique d'un enfant normal.

Ce sont les pédiatres qui ont eu le mérite d'apporter cette notion nouvelle à une époque où les diabètologues soumettaient les enfants diabètiques à un régime beaucoup trop restrictif.

Tout le monde s'accorde pour dire également, que la ration alimentaire d'un jeune diabètique doit être régulièrement répartie dans la journée et être consommée au cours de trois repas et deux collations.

Il est d'ailleurs très significatif de constater que la colonie, dite au "régime libre", avec laquelle nous partagions nos locaux, prenait les mêmes repas et aux mêmes heures que nous ; notre dieteticienne établissant les menus pour les deux colonies !

Alors, sur quoi repose finalement la querelle ? sur des mots.

Les partisans du régime dit "libre" pensent que l'enfant diabètique, livré à lui même, saura, seul, s'imposer une discipline alimentaire saine. Ils estiment qu'un jeune diabètique, dont les parents ont en tête les mots "régime libre", resistera à la tentation de manger n'importe quoi, n'importe quand.

Nous, nous ne le pensons pas.

Nous restons persuadés que la meilleure façon d'obtenir d'un enfant qu'il ne mange pas comme "un glouton mal élevé" est encore de lui imposer une bonne discipline alimentaire, non seulement à la colonie mais aussi en dehors. Pour cela nous lui fixons par écrit les règles de la dietetique normale, non restrictive, mais régulière.

C'est pourquoi, les enfants reçoivent pendant leur séjour, par les soins de la dietéticienne, un certain nombre de notions simples de diététique et apprennent à calculer les équivalences caloriques entre les différents aliments.
C'est pourquoi, aussi, car "leur mémoire est courte et les paroles s'envolent", nous leur remettons à chacun, au moment du départ une feuille leur expliquant individuellement comment répartir leur ration alimentaire dans la journée.

E) Les notions générales sur le diabète et l'avenir des jeunes diabètiques

Ils ont donné lieu, surtout, à des conversations particulières ou en petits groupes.
Nous avons été fort étonnés de voir avec quelle maturité beaucoup d'enfants nous posaient des questions sur leur avenir :

- chez les garçons : le problème de la situation future et des carrières qui leur étaient ouvertes, revenait le plus souvent.
- chez les filles : les problèmes posés par le mariage et la maternité semblaient les plus préoccupants.

Nous avons essayé, dans la mesure du possible, de répondre à ces questions et de calmer leurs inquiètudes.
Mais ce qui nous a frappés le plus, c'est le manque total d'informations que possedent les jeunes diabètiques, et aussi leurs parents, sur des questions essentielles engageant toute

leur vie.

Nous reviendrons sur cette question de l'information des familles qui nous semble capital pour parfaire l'éducation commençée à la colonie

---

VI

Il est difficile de faire le bilan d'un mois de colonie de vacance dans la mesure où tout n'est pas traduisible en chiffre.

Comment, en effet, estimer les bienfaits, exercés sur chaque enfant, par la pratique quotidienne d'exercices physiques et par la vie au grand air ?

Comment dresser le bilan des nombreuses conversations qui nous ont permis d'informer les enfants et de les aider à résoudre les problèmes qui les préoccupaient ?

Comment chiffrer le bénéfice que chacun des enfants aura tiré du contact quotidien avec d'autres jeunes diabètiques ayant les mêmes préoccupations que lui ?

Comment évaluer, en dernier lieu, les enseignements importants, apportés par ce séjour en colonie, à l'ensemble de l'équipe médicale ?

D'après le Professeur Lestradet : " On apprend plus en un mois de colonie, au contact quotidien des enfants, que pendant une année passée dans un service hospitalier ".

Certes, il est essentiel que, tout en éduquant les enfants, les medecins, infirmières et dietéticiennes fassent également leur propre éducation, de façon a être plus aptes, l'année suivante, a comprendre l'ensemble des problèmes.

Mais nous pourrions dire, sans aucun mauvais esprit, qu'en faisant le bilan de notre séjour, il nous a été difficile de

dire lesquels, des medecins ou des enfants, avaient finalement tirer le plus grand profit de ce séjour.

Nous pouvons cependant affirmer que dans la mesure où cette colonie aura préparé les enfants, physiquement et moralement, à affronter, avec une plus grande confiance en eux, les problèmes de l'existence, le bilan en est d'ores et déjà très positif.

Il est toutefois possible de citer quelques chiffres :

- 1) Connaissances pratiques des enfants à la fin du séjour
  - 100% des enfants savaient faire correctement leurs analyses d'urine
  - 95% des enfants, agés de 12 ans et plus, savaient correctement remplir leur seringue et pratiquer leurs injections
  - 90% des enfants, agés de 12 ans et plus, savaient adapter avec souplesse leurs doses d'insuline
  - 100% des enfants, agés de 10 ans et plus, savaient tenir correctement leur carnet de traitement

Parmi les enfants agés de 8 à 10 ans, dont l'éducation médicale etait à son tout début, des résultats très encourageants ont été enregistrés, puisque :

- 100% savaient faire leurs analyses d'urine au lieu de 60% au début de la colonie
- 60% savaient faire leurs injections d'insuline au lieu de 30% au début de la colonie

- 60% savaient adapter leurs doses d'insuline au lieu de 35% au début de la colonie
- 70% connaissaient la signification d'une forte glycosurie au lieu de 35% au début de la colonie
- 80% connaissaient la différence entre l'action rapide de l'insuline ordinaire et l'action lente de l'insuline retard au lieu de 45% au début de la colonie.

Nous sommes en droit de nous demander ce qu'il restera de ce bilan, plutôt encourageant, après onze mois de séparation. Lorsque les enfants reviendront l'année prochaine, combien parmi eux auront conservé, intacts, les conseils que nous leur avons donnés?

Nous avons vu qu'au départ d'une colonie il n'y avait pas une grande différence entre les connaissances des anciens et des nouveaux colons.

Pourquoi ? l'éducation des enfants est pourtant plus facile à faire que celle des adultes ; ils comprennent plus vite et assimilent mieux l'enseignement qui leur est donné.

Oui; mais encore faut-il qu'il y est à leur côté quelqu'un qui les pousse à s'astreindre aux petites servitudes journalières. En dehors de la colonie, c'est aux parents de tenir ce rôle essentiel ; or, ils ne le tiennent pas toujours.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

VI

C O N C L U S I O N

Nous pensons avoir mis en évidence dans cette thèse l'intérêt capital, pour l'éducation du jeune diabetique, des colonies de vacances organisées à cet effet.
Les enfants y apprennent progressivement a vaincre leurs complexes psychologiques et physiques, à se traiter seul de façon simple et méthodique, et a assumer des responsabilité de plus en plus importantes.
Connais-toi toi même, tel est le precepte que nous leur inculquons et qui leur permettra d'acquérir rapidement une indépendance indispensable à leur bon équilibre.

Ne soyons cependant pas trop optimistes, les efforts déployés pendant un mois tant par les enfants que par leurs éducateurs ne portent pas toujours immédiatement leurs fruits. De multiples facteurs semblent s'allier pour contrarier pendant le reste de l'année, les bienfaits d'un mois de colonie. L'experience de deux séjours consécutifs nous a permis de le constater et d'entrevoir les raisons profondes de certains echecs.
Des enfants qui, a la fin d'un séjour semblent avoir acquis une somme de connaissances pratiques et théoriques très correcte reviennent l'année suivante ignorant tout de ce qu'ils avaient appris. A quoi attribuer ces résultats peu flatteurs ? Ala qualité insuffisante de l'enseignement ? A la mémoire défaillante des enfants ? Sans doute ; mais c'est surtout, nous l'avons vu, au manque d'informations

des parents qu'il faut les rattacher.
Pendant le mois de colonie, progressivement et sous surveillance stricte nous donnons à l'enfant la responsabilité de la surveillance et du traitement de son diabète.
Mais de retour au foyer, après un mois de séparation, il est "repris en main" de façon souvent abusive par ses parents. La confiance et les responsabilités que nous lui avions données lui sont otées. Loin de se contenter d'une surveillance rigoureuse les parents se substituent à l'enfant : celui-ci perd toute autonomie.
Or les parents sont souvent mal informés ou enclins à certains préjugès ; non seulement, faute d'une pratique quotidienne indispensable, l'enfant oubliera tout ce qu'il savait, mais il reprendra des habitudes néfasfes que nous avons longuement soulignées dans cette thèse.

Que faire pour lutter contre cet état de choses ? :
1) Les médecins, infirmières, dieteticiennes et même les directeurs d'activités ne doivent pas relacher leur effort dès qu'ils ne sont plus en contact direct avec les enfants. L'éducation des jeunes diabétiques doit continuer durant l'année scolaire par l'intermédiaire d'un journal uniquement consacré à leurs problèmes. Ceux qui pendant un mois ont partagé leurs difficultés ne sont-ils pas les mieux placés pour continuer à les aider pendant le reste de l'année ?

2) Il faut éduquer les parents ; c'est là le point essentiel. Il ne peut y avoir de résultats valables si l'attitude des parents contrarient les efforts accomplis pendant la colonie. Les contacts que nous avons pu avoir avec certains d'entre eux nous ont permis de constater l'énorme effort d'information qui reste à accomplir. Beaucoup se trouvent placés en face de difficultés qui les effraient. Or, nous l'avons vu, la réponse à leurs multiples questions demande une attention et un minimum de temps que ne peut leur consacrér le plus souvent leur medecin traitant.

C'est pourquoi, nous avons proposé la création de sortes de "séminaires" qui rassembleraient, autour de médecins et d'éducateurs spécialisés, les parents d'enfants diabetiques. Ainsi pourrait-on, pendant quelques jours, répondre directement et longuement à leurs questions et les debarasser d'une foule d'inquiètudes de préjugès et de mauvaises habitudes. Cette initiative n'a encore jamais été prise à notre connaissance et nous n'ignorons pas les difficultés qu'elle représente. Elle nous semble répondre cependant à une exigence très vive : harmoniser les efforts d'éducation entrepris à la fois par les medecins et les parents ; s'assurer qu'après un mois de colonie le relai sera pris par les parents dans la même optique que celle des medecins.

Alors nous pourrions esperer voir disparaître certains echecs et se parfaire certains résultats.

Nous citerons, pour terminer, cette phrase tirée du rapport fait par le Docteur Henny (Suisse) au quatrième congrès de la Fédération Internationale du diabète :

" C'est dans la compréhension globale et dynamique des tentatives d'adaptation du milieu et de l'enfant à la maladie diabètique que le médecin pourra prendre les mesures psychothérapiques au sens le plus large du terme qui peuvent aider le patient et son entourage à surmonter le handicap représenté par une affection chronique et menaçante ".

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

Vu, le Président de Thèse :

Pr. RAMBERT

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

TABLE DES MATIERES

Chapitre I : Rappel historique..... Page 5

Chapitre II : Structures d'une colonie de vacances pour enfants diabètiques. Page 7

Chapitre III : Enquète sur les connaissances des jeunes diabètiques arrivant à la colonie ..... Page 11

Chapitre IV : Conséquences de cette enquète sur l'enseignement donné aus enfants et sur l'organisation de leur séjour.... Page 30

Chapitre V : Résultats obtenus à la fin du séjour. Page 43

Chapitre VI : Conclusion ..... Page 46

B I B L I O G R A P H I E

UHRY - DUCAS

Peut on abandonner tout régime dans le diabète.
Semaine HOP. PARIS 1952 - 28 - 1 - 10

SCHOUMKER

Enseignements tirés de trois années de colonie de vacances à régime controlé pour enfants diabétiques
Diabète (Le RAINCY) 1963 - 11 - 177 - 179 - 114

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

BESSE Enquète sur la scolarité des jeunes diabétiques
Bulletin d'information de 1'A.J.D. 1er trimestre 67 N° 1 P. 13 à 17

BESSE La scolarité du jeune diabétique
Bulletin d'information de 1'A.J.D. 2ème trimestre 63 N° 2

BESSE L'éducation médicale du jeune diabétique
Bulletin d'information de 1'A.J.D. 4ème trimestre 62 N° 4

BESSE et PROFIC
Emploi du glucagon dans les hypoglycémies insuliniques chez le jeune diabétique Bulletin d'information de 1'A.J.D. 64 2ème trimestre N° 2 P. 81 à 91

BESSE " Comme les nom diabétiques "
Bulletin d'information de 1'A.J.D. Octobre 66 N° 3

BILLAUD L'hypoglycémie du réveil
Bulletin d'information de 1'A.J.D. 3ème et 4ème trimestre 63 P. 133 - 134

A.M. DARTOIS et LESTRADET
L'alimentation spontanée chez le jeune diabétique
Bulletin d'information de 1'A.J.D. Mars 61 N° 1

DEUIL A propos d'une enquête internationale sur l'influence diabetique.
Bulletin de l'A.J.D. 1959-8790

DEUIL et LAURENT
La place de la diététique dans le traitement du diabète.

CH. DARNAUD - Y. DENARD - G. MOREAU - R. VOISIN.
Principes generaux du traitement du diabète (régime mesuré ou régime libre)

R. FRANCOIS
Traitement du diabéte infantile
(Cah. med. Lyonnais. 1963 - 39 - 399 - 423.)

R. FRANCOIS
Traitement du diabète sucré par le régime libre.

P. GRIAND - P. MAESTRAGGI
Pronostic général du diabète infantil.
(Pédiatrie 1954 - 9 - 107 - 115)

E. HULOT-PIETRI - DEUIL
Préocupations du médecins chargé du traitement d'un adolescent diabetique.

E. HULOT -PIETRI
La colonie de vacances de l'Association Française de Diabétologie. Bulletin d'information aide jeunes diabétiques 1954 - N° 3 - 110 - 112

C. KOPFER
Influence thérapeutique que le milieu peut exercer sur l'enfant.

LESTRADET
L'adolescent diabétique - CONGRES fédération internationale diabétique (4e) Genève 1961 (rapport 1) 353-355.

LESTRADET
L'alimentation spontanée de l'enfant diabétique traité par l'insuline. (presse médicale 1980 -68 - 1172 - 1174

LESTRADET
L'avenir de l'enfant diabétique.
Diæbète (Le RAINEY) 1959 - 7 - 200 - 209

LESTRADET
Les conceptions du régime dans le diabète
Bulletin information aide jeune diabètique, 1962 N° 1- 8- 16.

LESTRADET
Diététique des diabètes graves et particulièrement des diabètes infantiles. Vie médicale 1964 - 45 - 321 - 350.

LESTRADET
Données de physiopathologie du diabète de l'enfant, æppliquées au régime et au traitement.
Congrès pédiatrie, langue française (15e) Marseille 955 - 275 - 340.

LESTRADET
Evolution des conceptions sur le diabète sucré

LESTRADET
Hypoglycémie. Bulletin d'information, aide aux jeunes diabétiques, 1959 N° 2 - 53 - 56.

LESTRADET
Le mécanisme énergétique et sa régulation physiologie et pathologie. Medec. inf. 1964 - 71 - 219 - 266

LESTRADET
La place des vacances dans l'éducation du jeune diabétique. Congrès Féderation Internationale des diabétiques (4e) Genève 1961 (rapport 2) 43 - 33.

A. MARGOLIS - A. EDELMANN
Le role du médecin auprès de l'enfant diabétique et de la famille. Congrès fed. Int. (4e) Genève (rapport 2) 143 748.

J. MICHEL
A propos des colonies de vacances pour enfants diabétiques. Etude critique du régime libre.
(Journée médicale PARIS 1955) dactif. 23 pp

RAMBERT
L'organisation des soins aux diabétiques adolescents et adultes. Diabète (LE RAINCY) 1958 - 225 - 227.

RAMBERT - DEUIL - HULOT-PIETRI - LESTRADET - BESS.
Le traitement du diabète infantile ; exp. des camps de vacances.
Gaz. Med. FRANCE 1960. 67 - 33 - 43.

ROUFFEL
C'est à vous parents que ce discours d'adresse.
Bull. inf. A.J.D. 1958 - 2 - 59 - 63.

ROGER Regime et traitement du diabète infantile
Congrès pédiatrie langue française (15e)
Marseille 4255 (rapport) 341.

ROGER - LESTRADET
Traitement du diabète infantile en régime libre
Flamain PARIS 1958. 204 p

SHOYNER
The camps for diabetic children
J. Indiana Med. ass. 1958 - 51 - 1385 - 1386

SCHOUMKER
Les colonies de vacances pour enfants à régime controlé (A.F.D.) 114 - 088 Diabète le RAINCY 1960 - 125 - 127

Le problème du régime chez les diabétiques. Evolution des conceptions physiopathologiques. Incidences thérapeutiques
Presse médicale 1953 - 61 - 792 - 796.

Le pronostic lointain du diabète infantile
Revue médicale 1961 - 2 - 439 - 434.

LESTRADET
Traitement du coma diabétique. Bulletin information A.J.D. 1960 - N° 5 - 99 - 102.

LESTRADET
Traitement du diabète chez l'enfant et l'adolescent.
Nouvelles thérapeutiques 1964 - 15 - 12.

LESTRADET - BESSE
Surveillance et traitement du diabète sucré
Bulletin information A.J.D. 1958 - N° 95 - 112.

LESTRADET
L'alimentation spontanée de l'enfant diabétique
Traité : Congrès Fed. Int. diabet. (4e)
Genève 1961 (rapport 1) 362 - 584

MALLET
L'avenir des enfants diabétiques
Revue praticien (supplement) Avril 1952 - 35 - 40

B. MALLET
Le diabète infantile : Revue prat. 1953 - 3 - 425 - 428.

B. MALLET
Traitement du diabète infantile.
Revue prat. 1959 - 9 - 3025 - 3034.

B. MALLET
Idem. Journée médicale PARIS 1964 - 84 - 161.

M. MAUCIAUX
Directives pratiques actuelles concernant le traitement du diabète infantile.